Quatrième Année N° 4 Avril 1894

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France	**10** fr. par an
Étranger.	**12** fr. —

PARIS

L. BATTAILLE & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Bonnier.
4. Boucheron.
5. Cartaz.
6. Chatellier.
7. Colin.
8. Courtade.
9. Duplay.
10. Garnault.
11. Garrigou-Desarenes.
12. Gellé.
13. Gille.
14. Gouguenheim
15. Hermet.
16. Jouslain.
17. Ladreit de Lacharrière
18. Lévi.
19. Lœwenberg.
20. Lubet-Barbon.
21. Luc.
22. Marage.
23. Martin.
24. Ménière.
25. Miot.
26. Potiquet.
27. Reynier.
28. Ruault.
29. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1894

Président...........	Ruault.
Vice-Président.......	Ménière.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Bonnier.
Trésorier...........	Marage.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général, Avenue de l'Opéra, 11*

N° 4 QUATRIÈME ANNÉE AVRIL 1894

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 Avril 1894

Présidence de M. RUAULT

Assistaient à la séance: MM. Bonnier, Cartaz, Châtellier, Gellé, Gilles, Marage, Ménière, Ruault, Saint-Hilaire.

Orientation auditive

Par le Docteur Pierre BONNIER

L'orientation auditive, c'est-à-dire la définition dans l'espace du lieu des points d'où nous parviennent les ébranlements, la localisation objective qui double l'audition proprement dite, est une fonction assez complexe que nous devons réduire en trois opérations distinctes.

L'orientation binauriculaire résulte de la comparaison des deux perceptions auditives, chaque hémisphère cérébral ayant son champ auriculaire propre, qui lui est opposé. Cette première orientation est immédiate, et localise la source sonore dans l'une des deux moitiés de l'espace perceptible par l'ouïe. Elle combine en outre les opérations *d'orientation uniauriculaire.*

L'orientation uniauriculaire comprend d'une part *l'orientation du champ auditif* qui contient la source sonore, et d'autre part *l'orientation de cette source sonore dans le champ auditif lui-même.*

L'oreille étant le plus fixe de nos organes, c'est par les mouvements, c'est-à-dire par les variations d'attitude de la tête, que nous cherchons à diriger l'axe du champ auditif vers la source sonore. Cette visée auriculaire, guidée par une orientation que nous allons étudier, nous permet d'orienter le champ auditif par la connaissance de l'attitude de notre tête, et sur des notions que nous fournissent les images d'attitude réalisées par les opérations du sens articulaire et musculaire cervical, par la tactilité tégumentaire, par le contrôle de la vue et par l'office de l'utricule et des canaux semi-circulaires, qui nous révèlent l'attitude et les variations d'attitude du segment céphalique. L'orientation objective est ici tributaire de l'orientation subjective.

Mais si la localisation de la source sonore dans le champ auditif peut nous être fournie par tâtonnements, c'est-à-dire par la recherche du maximum d'audition, elle nous est avant tout permise par la définition de l'image sonore dans le champ auditif, en dehors de tout mouvement de recherche. La tête restant immobile, nous pouvons, dans le champ d'une seule oreille, apprécier l'incidence d'un ébranlement et orienter par conséquent son origine dans l'espace, — de même que, la tête étant fixée, nous pouvons dans un seul champ oculaire également fixe, localiser les uns par rapport aux autres et par rapport à nous les différents points qui forment l'image visuelle. C'est la définition de l'image sensorielle réalisée par l'organe sensoriel seul.

C'est dans l'oreille que la fonction de localisation peut le plus facilement s'étudier, car elle y est complètement isolée de l'audition proprement dite. Le limaçon entend, mais ne localise pas ; il ne donne aucune perception d'espace. Nous allons, sans grand détail, établir succinctement la façon dont un ébranlement, quelle que soit sa forme, est analysé par l'oreille interne, dans son orientation, c'est-à-dire comment est appréciée son incidence, abstraction faite de son rythme et de son intensité.

Un ébranlement parcourt l'air et vient à intéresser la petite masse gazeuse immobilisée par les replis du pavillon et la conque, et la mise en mouvement de cette masse aérienne se communique au contenu aérien du conduit, jusqu'au tympan. Celui-ci ne se déplace qu'autant que le permettent les osselets suspendus dans

l'oreille moyenne, le mouvement des liquides et des tympans membraneux de l'oreille interne, et enfin l'élasticité de la membrane de la fenêtre ronde. L'inertie de ces différents appareils solides et liquides suspendus entre les deux membranes flexibles est peu à peu sollicitée par la répétition des ébranlements, et la mise en branle de tous ces appareils inertes a pour résultat de diminuer, de dehors en dedans, la vitesse et l'amplitude de l'oscillation, en augmentant dans le même sens sa force. C'est ainsi qu'un ébranlement sonore, d'une énorme vitesse de propagation et d'une énergie presque nulle, parvient, grâce à l'inertie des appareils suspendus qu'il sollicite sur son parcours, et la périodicité même de ses sollicitations, à produire au niveau des papilles neuroépithéliales des oscillations dont la vitesse est extrêmement réduite, tandis que leur puissance est accrue en proportion inverse.

L'oscillation de tous les milieux gazeux, solides et liquides de l'oreille est donc solidaire, bien que variant dans sa vitesse et dans sa force selon le point que l'on observe.

Sans entrer dans trop de détails, disons simplement que l'inertie de ces milieux oscillants est gênée de diverses façons par leurs connexions anatomiques, et que le mouvement que chaque partie exécute en oscillant est très différent du mouvement initial et extérieur. Néanmoins on conçoit que dans une oreille donnée, les gênes apportées de différentes façons à l'inertie des divers segments de l'appareil de transmission sont également constantes, et que les différences dans l'oscillation des milieux seront déterminées par les variations d'incidence de l'ébranlement à l'orifice extérieur, l'intensité et le rythme mis à part.

Selon l'incidence au méat, le tympan, toutes réflexions faites dans le conduit, sera plus ou moins obliquement sollicité suivant l'un de ses rayons, et le mouvement de dehors en dedans se compliquera d'une oscillation latérale dont le sens sera déterminé par l'incidence extérieure. Le marteau, l'enclume, s'associent à l'oscillation latérale, et la platine de l'étrier, outre son mouvement de piston à la fenêtre ovale, offrira des présentations dont le sens variera selon l'incidence de l'ébranlement.

La surface du liquide périlymphatique à la fenêtre ovale, et la

convexité de l'utricule et du saccule recevront donc l'impulsion de la platine stapédienne, selon des directions qui varieront toujours avec l'incidence de l'ébranlement et seront déterminées par elle, sans pour cela coïncider dans leur direction avec la sienne.

Dans le saccule, l'ébranlement, traversant le tympan sphérique que lui offre la paroi membraneuse, se concentre et tombe diamétralement sur le point de la macule opposé au pôle intéressé. Il se fait là une orientation analogue à celle des appareils otocystiques et des rétines oculaires. C'est sans doute la véritable orientation objective.

Dans l'utricule, l'orientation objective est de moins en moins favorisée à mesure qu'on s'élève dans la série des Vertébrés. Nous pouvons admettre, cependant, comme vraisemblable le mécanisme suivant: selon l'incidence de l'ébranlement à la surface de la fenêtre ovale, tel ou tel pôle de la convexité se déprime davantage et l'incompressibilité du liquide endolymphatique le force à circuler et à produire sur d'autres points de l'utricule des dilatations compensatrices de sa paroi. Cette circulation du contenu utriculaire varie de sens avec le pôle intéressé, c'est-à-dire avec l'incidence de l'ébranlement. Il se fait donc aux orifices des canaux semi-circulaires, soit des reflux, soit des appels donnant naissance à des veines fluides de sens contraire. La coïncidence d'un appel à l'un des orifices d'un canal, avec une poussée à l'autre orifice, détermine un déplacement de tout le contenu du canal, et comme la longueur d'un canal membraneux est très grande par rapport à celle de l'utricule, tandis qu'au contraire sa section est de beaucoup inférieure à celle de ce dernier, le déplacement, le courant, la circulation endolymphatique y sont beaucoup plus rapides et plus intenses.

Les trois canaux étant dans trois plans perpendiculaires entre eux, il n'est pas de déplacement du liquide utriculaire qui ne se traduise par des courants analytiques dans les canaux semi-circulaires, et ces courants sont beaucoup plus appréciables dans les canaux que dans la cavité utriculaire.

Si l'on remarque que les terminaisons nerveuses sont disposées en crêtes formant des barrages transversaux sur le parcours des courants analyseurs, et qu'elles sont formées de longs cils très

propres à apprécier le moindre déplacement du liquide où ils baignent, on reconnaîtra qu'il y a dans ce dispositif un merveilleux appareil d'analyse et de description géométrique des mouvements du liquide utriculaire, c'est-à-dire de la présentation de l'étrier à la fenêtre ovale, c'est-à-dire de l'incidence de l'ébranlement.

Les opérations analytiques des nerfs ampullaires, appréciatrices des courants dans un sens ou dans l'autre, sont vraisemblablement composées entre elles par les éléments ganglionnaires du renflement de Scarpa, et associées aux perceptions cochléaires dans les noyaux du bulbe et dans les centres corticaux.

Notre hypothèse sur le rôle de la circulation endolymphatique dans l'orientation objective est passible de l'objection que fit de Cyon à ce même rôle dans l'orientation subjective. La viscosité du liquide et les dimensions capillaires des canaux membraneux n'empêchent nullement, selon nous, le déplacement du contenu de l'oreille membraneuse, bien que réduisant considérablement sa vitesse et sa puissance. La flaccidité des parois des canaux et de l'utricule membraneux, la continuité même de leur contenu liquide doit nous faire supposer que les effets de la viscosité et de la capillarité sont fortement atténués. La moindre modification de la paroi utriculaire produit les courants que nous avons dit, et c'est précisément au point où ces courants analyseurs sont le plus perceptibles, et c'est avec le dispositif le plus apte à les percevoir que nous voyons se terminer l'appareil nerveux.

Nous serions portés, au contraire, à considérer la viscosité du contenu, la flaccidité et la capillarité du contenant comme vraisemblablement adaptés à amortir et neutraliser les effets exagérés des déplacements liquides dans les mouvements de rotation de la tête, et à leur assurer une très courte durée réactionnelle. Ajoutons que les otolithes prenant part à la moindre oscillation des liquides rendent ces oscillations beaucoup plus appréciables par les terminaisons nerveuses.

L'orientation auditive, que nous voyons si nettement isolée de l'audition proprement dite, a été différemment expliquée par les auteurs. Certains ont considéré le pavillon comme conducteur, condensateur et réflecteur du son. En réalité, aucune partie de

l'oreille ne conduit plus mal le son que le pavillon ; quant à la condensation, elle existe, non dans le pavillon, mais dans la masse d'air qu'il immobilise au-devant du méat et dont l'inertie est gênée par les surfaces concaves du pavillon et de la conque, de façon à faire converger plus ou moins tous ces ébranlements vers le méat.

Il est un excellent réflecteur du son, et la condensation et la réflexion se confondent ici. Son rôle principal est d'étendre au delà du méat la colonne d'air de l'oreille externe et de la prolonger en quelque sorte au sein des ébranlements de l'air extérieur, auxquels elle participe facilement.

L'orientation visuelle se fait mieux par le contrôle des deux yeux ; l'orientation auditive gagne sans doute aussi à la contribution des deux oreilles. Seulement, tandis que les deux champs visuels se superposent, grâce à la distribution faciale des yeux qui permet la vision stéréoscopique, les deux champs auditifs sont diamétralement opposés, tout en se superposant en partie, et l'audition stéréacousique ne peut guère être utilisée. Néanmoins, on conçoit que la comparaison entre les deux perceptions auriculaires facilite, par une grossière orientation, l'accommodation cervicale. Beaucoup de personnes ne peuvent plus orienter autrement.

M. Gellé a fait à ce sujet une expérience qui est loin d'avoir, à notre avis, la signification que lui ont donnée la plupart des physiologistes. Dédoublons-la tout d'abord pour mieux l'interpréter.

Si nous plaçons dans le conduit auriculaire l'extrémité d'un tube de caoutchouc, et sur ce tube un diapason vibrant, quelle que soit la position du tube, l'oreille reçoit toujours l'ébranlement selon l'axe de l'embout engagé dans le conduit. Si ce sujet a fermé les yeux dès le début, l'oreille localise invariablement l'origine du son sur le prolongement de l'axe du méat.

L'orientation auditive est tout d'abord trompée par cette captation de l'ébranlement de l'air du tube, comme l'orientation visuelle serait illusionnée par la rotation d'un prisme ou d'un miroir qui lui montreraient toujours au même point un objet qu'ils suivraient dans tous ses déplacements. Le sujet ne peut soupçonner l'origine variable des vibrations qui lui sont toutes amenées, en dernier

lieu, suivant l'axe du conduit. Il localise nettement et toujours dans le prolongement de cet axe.

S'il ouvre les yeux et voit le diapason devant lui, par exemple, il sacrifie immédiatement l'orientation auditive à l'orientation visuelle, qu'il reconnaît comme infiniment plus sûre, et cesse de s'en rapporter à l'oreille ; et fermant de nouveau les yeux, il s'obstine à préférer le souvenir de la vision au jugement direct de son ouïe.

Cette expérience est des plus faciles à répéter et nous montre qu'en supprimant les conditions organiques de l'orientation auditive, celle-ci ne se fait plus, ce qui ne saurait beaucoup nous surprendre, et que, forcé de s'en rapporter à un contrôle fait une fois pour toutes, le sujet s'en tient à ce contrôle, ses perceptions auriculaires ne variant pas. Voyons maintenant l'expérience de Gellé.

M. Gellé met chaque bout du tube dans un méat et relie ainsi une oreille à l'autre par une même colonne d'air. En plaçant le diapason au milieu, chaque méat reçoit, selon son axe, un seul et même son, qui est localisé par chaque oreille dans le prolongement même de son axe. L'illusion est ici assez semblable à celle que produit l'expérience dite d'Aristote, dans laquelle on sent deux boules en en faisant rouler une seule entre deux doigts croisés.

Le sujet entend deux sons identiques, d'origine diamétralement opposée. On peut faire passer le tube derrière la tête, au-dessus, le tordre, etc., les conditions de l'orientation auditive restant les mêmes pour chaque oreille, le sujet continue à localiser les deux sons dans le prolongement de ses axes auriculaires. L'illusion que nous avons vue d'abord se produire pour une oreille, se produit pour les deux oreilles avec, en plus, l'illusion diplacousique.

Si le sujet ouvre les yeux et voit par exemple le diapason unique devant lui, il cesse de s'en rapporter à ce qu'il entend et apportera indéfiniment la même rectification à une illusion qui ne varie pas. Il affirmera n'entendre qu'un son, placé là où il l'aura vu. Néanmoins l'expérience ne convaincra pas tout d'abord un sujet dont l'une des oreilles entendra le son plus grave qu'il n'est; la diplacousie s'opposera alors nettement à la réfutation visuelle.

Nous voyons donc que l'expérience de Gellé ne prouve aucune-

ment le rôle de l'audition binauriculaire dans l'orientation, puisqu'elle peut s'effectuer sur une seule oreille ou sur un sujet qui est sourd d'un côté. Elle a l'inconvénient de supprimer les conditions de l'orientation dans chacune des deux oreilles séparément, par l'introduction de l'embout, et ne peut, par conséquent, prouver qu'il faut les deux oreilles pour orienter. Il est naturel qu'en supprimant l'orientation dans chaque oreille, on la supprime dans l'audition binauriculaire, et que d'une double illusion résulte une illusion complète. L'expérimentateur supprime la base même de l'expérimentation.

L'orientation auditive est faussée par cela même que tous les sons étaient dérivés selon l'axe du méat, au moyen de l'embout introduit dans l'oreille. Le fait que nous ne pouvons plus écrire quand nous avons les deux mains liées prouve-t-il que nous aurions besoin de deux mains pour écrire ?

L'orientation objective directe opérée exclusivement par l'appareil auriculaire, ou indirecte, c'est-à-dire avec le concours de l'orientation subjective que nous avons étudiée, et du sens musculaire dans l'appareil cervical, nous renseigne sur les mouvements de la tête sur le cou ; cette orientation objective est fort limitée. En effet, chaque champ auriculaire est assez restreint par lui-même, et les mouvements de la tête chez l'homme, malgré leur grande variété, ne donnent que peu de renseignements à la fois. Néanmoins, grâce à l'orientation auriculaire directe, grâce à l'audition et à l'orientation binauriculaires, grâce à la mobilité si facile de la tête, qui fait varier incessamment les champs auditifs, nous localisons très suffisamment les ébranlements qui nous parviennent et nous nous orientons dans le monde sonore comme nous l'orientons par rapport à nous.

Cette fonction de localisation et d'extériorisation nous permet de distinguer les accords formés par des sons harmoniques d'origine distincte dans l'espace, des timbres formés des mêmes sons harmoniques auxquels l'oreille reconnaît une parfaite unité d'origine dans l'espace. De même les complexes sonores formés de sons non harmoniques, ayant différentes origines, donnent la sensation atonale de cacophonie, tandis que l'identité de localisation en fait des bruits.

Observation de Sarcôme ossifiant de l'oreille moyenne chez un enfant de huit ans

Par le Docteur E. MÉNIÈRE

M. X..., envoyé par mon confrère le Dr Mook, m'amena son fils âgé de 8 ans, le 16 août 1893. Ce jeune enfant, à l'âge de 3 ans, avait eu une otite moyenne aigue à gauche, avec perforation du tympan. Il fut soigné à cette époque par un otologiste qui déclara au bout d'un an que le malade était guéri, avec persistance cependant, d'une perforation tympanique.

En 1892, à la suite d'une grippe, il y eut un léger écoulement des deux oreilles qui dura trois ou quatre jours, et sembla tari, au dire des parents. Enfin, en août 1893, on remarqua à l'entrée du méat gauche *une boule de chair* qui faisait une légère saillie.

Voici le résultat de l'examen. Le jeune X... a une santé en apparence excellente ; il est frais, rose, joufflu et paraît assez vigoureux. Le méat est rempli par une tumeur mamelonnée, faisant saillie et sur la nature de laquelle j'eus de suite une arrière-pensée en ne tenant compte que des caractères climiques. Le stylet, introduit doucement sur le pourtour de la tumeur, était arrêté en arrière assez peu profondément, et produisait un écoulement de sang très marqué. Rien d'apparent dans la région mastoïdienne ; ni gonflement, ni tuméfaction, ni sensations douloureuses.

Ce premier examen me permit d'assurer que ce n'était point un polype fibreux, comme il m'a été donné d'en voir et d'en opérer un grand nombre. J'enlevai environ un centimètre de la tumeur avec l'anse mètallique, et je confiai la pièce à un de mes internes du Dispensaire Heine, M. Daum, pour qu'il en fit l'examen histologique. L'enfant fut emmené par ses parents à la campagne ; ils devaient me le ramener en septembre. J'écrivis au docteur Moock que je réservais mon diagnostic, mais qu'à première vue la tumeur avait une apparence sarcomateuse. Des injections et un pansement antiseptiques furent prescrits jusqu'au retour.

Le 8 septembre, mon interne me fit savoir qu'il avait trouvé dans le morceau examiné des *cellules embryonnaires*.

Le 11, le docteur Mook accompagnait chez moi son jeune ma-

lade. La tumeur bosselée et de coloration vineuse, faisait une saillie plus forte. J'en enlevai un autre morceau qu'on envoya au professeur Cornil, en lui demandant son opinion.

Le 14, l'enfant avait une paralysie faciale survenue pendant la nuit. Je réclamai une consultation avec un chirurgien. La famille pria le Dr Segond de se joindre à moi. Le lendemain nous nous réunîmes. Voici, après examen, ce qui fut convenu, d'accord avec le Dr Mook. Le résultat sommaire des premières recherches histologiques indiquait une tumeur maligne. Le fait n'était pas démontré d'une façon absolue, mais il était possible.

Dans ces conditions, que la tumeur fut bénigne ou maligne, il était nettement indiqué de décoller le pavillon et d'aller curetter à ciel ouvert. Une opération par le conduit auditif nous paraissant insuffisante, nous proposâmes l'intervention immédiate qui seule avait chance de nous donner un résultat. La famille accepta, et rendez-vous fut pris pour le lundi 18.

M. Segond, sur ma demande, devait opérer, car je craignais des désordres graves du côté des cellules mastoïdiennes, et peut-être du côté du crâne. On ne pouvait savoir jusqu'où l'intervention pouvait conduire. Nous ajoutâmes, M. Segond et moi, que si la famille désirait prendre l'opinion d'un autre chirurgien, elle pouvait le faire, même en notre absence.

Le 16, le Dr Peyrot fut appelé seul, et déclara qu'il ne voyait pas la nécessité d'une opération telle que nous l'avions proposée. M. Martin, consulté par les grands-parents, émit la même opinion. L'opération fut donc contremandée. Mais M. X... désira que nous fussions tous réunis pour discuter à nouveau. Cette consultation eut lieu le 18.

Je déclarai alors en présence de mes confrères, que les caractères cliniques de la tumeur ainsi que l'examen histologique (tout incomplet qu'il était) me faisaient craindre un néoplasme malin s'implantant sur une surface osseuse malade. J'appelais l'attention de mes confrères sur l'apparence de la tumeur qui, d'après ma longue expérience, ne pouvait être confondue avec un polype fibreux, et je terminai en assurant que l'intervention immédiate avec décollement du pavillon, était l'opération de choix.

M. Peyrot rejeta l'idée d'un néoplasme malin. Il ne voyait dans

cette tumeur qu'une prolifération de bourgeons charnus venant de la caisse ou du voisinage et comprimant le nerf facial.

L'opération proposée par M. Segond et moi ne lui paraissait pas nécessaire. Il insista ainsi que M. Martin pour l'enlèvement de la tumeur par le conduit auditif suivi de cautérisation, etc.

Le Dr Segond prit alors la parole et renouvela ses précédentes declarations : à savoir, que bénigne ou maligne, la tumeur avait récidivé ; que l'opération par décollement du pavillon était aussi inoffensive que le curettage par le conduit ; que de plus la première était radicale et permettait d'intervenir aussi complètement que possible pour détruire la tumeur et ses points d'implantation. MM. Peyrot, Mook et Martin furent d'un avis contraire. La famille adopta cette dernière opinion.

Le lendemain, 19, je fis l'opération par le conduit et j'enlevai plusieurs gros morceaux. Mais tout en cheminant avec douceur, je sentais que la paroi postérieure était dénudée, ramollie, et que je touchais des points cariés. Je crus prudent de ne pas aller plus avant.

Le 20, je fis convoquer M. Peyrot, pour qu'il s'assurât par lui-même de la carie des cellules.

Le 27, la repullulation s'était faite, et la tumeur envahissait de nouveau le conduit.

Le 28, on appela en consultation le professeur Tillaux qui, après avoir examiné l'enfant et entendu les détails que je lui donnai, déclara que quoique la malignité de la tumeur lui parut improbable, l'indication opératoire était formelle. Il ajouta que le seul procédé était le décollement du pavillon pour ouvrir une large voie.

L'opération proposée par M. Segond et moi dès le 15 septembre fut donc décidée pour le lendemain.

Le 29, M. Segond fit l'opération. Après avoir incisé les tissus, il débrida plus profondément. A ce moment, la tumeur vint faire saillie entre les lèvres de la plaie. La surface était bosselée, rougeâtre et le néoplasme présentait le volume d'un abricot, remplissant les cellules mastoïdiennes cariées. Le curettage de tous les points nécrosés fut long et délicat. Je fis après le curettage de

la caisse, qui présentait plusieurs points dénudés. La tumeur fut envoyée à M. Letulle.

Le 17 octobre, nous examinâmes la plaie. Deux bourgeons charnus gros comme des noyaux de cerise se voyaient en haut, tout au fond de la cavité.

Le 24 octobre, les deux bourgeons avaient augmenté de volume.

A cette époque, le professeur Cornil nous envoya le résultat de son examen : *Sarcôme*. La note de M. Letulle, très explicite dit ceci : « La tumeur est constituée par une gangue fibro-osseuse, » dans les mailles de laquelle ont végété d'une manière exubé- » rante, des bourgeons sercomateux composés presque uniquement » de cellules fusiformes accumulées autour d'aiguilles osseuses » atypiques. La tumeur est donc un sarcôme ossifiant, etc ».

Le 27, nouveau curettage de la partie supérieure du temporal.

Le 13 novembre, la plaie extérieure était un peu rétrécie par la cicatrisation.

Le 25, toute la partie postéro-supérieure de la région mastoïdienne est le siège d'un gonflement avec ramollissement du tissus.

Le 27, la tumeur a pris un accroissement énorme ; elle envahit toutes les régions voisines en avant, en haut et en arrière. En présence d'une marche aussi rapide, M. Segond et moi sommes d'avis qu'on ne peut tenter aucune nouvelle intervention.

Le 28, nous avons eu une dernière consultation avec le professeur Duplay, qui regarde comme nous toute opération contre indiquée.

L'expansion de la tumeur continua dans des proportions énormes, sans douleurs très fortes. Le néoplasme dans le courant de janvier avait le volume de la tête d'un enfant nouveau né.

La faiblesse augmenta, l'état cachectique s'accentua, et l'enfant mourut dans le coma, le 29 janvier.

RÉFLEXIONS

La rareté des néoplasmes malins est connue ; chez l'enfant, c'est une exception. Dans le cas actuel, le point de départ, est l'otorrhée chronique non guérie, comme on l'avait cru à tort. La

cause prédisposante est due au terrain. Le père est arthritique. On m'a assuré, d'autre part, que personne dans la famille n'avait eu de cancer. Les parents du malade n'ont vu la tumeur faire saillie hors du conduit, qu'au commencement d'août 1893.

J'insiste sur les signes cliniques, qui dès la première visite me firent regarder cette tumeur comme étant de mauvaise nature. Sa coloration rougeâtre, tachetée, sa forme irrégulière, les bosselures de sa surface visible avaient fait sur moi une fâcheuse impression qui s'accentua encore après l'examen histologique incomplet de mon interne. Un polype fibreux n'a pas ces caractères.

C'est alors que M. Segond et moi, nous fûmes d'avis d'ouvrir derrière ce pavillon de l'oreille une voie large, permettant d'aller nettoyer le conduit auditif, la caisse et les cellules si elles étaient prises.

Notre opinion n'ayant pas prévalu lors de la consultation générale avec M. Peyrot, je fis un curettage par le conduit. Je pus me rendre compte à ce moment des désordres existant du côté des cellules mastoïdiennes et de l'inutilité absolue de l'intervention par cette voie limitée. La repullulation se faisant toujours, il fallut bien se rendre à l'évidence et suivre notre premier conseil.

Après chaque intervention, la tumeur se développait de nouveau avec plus de rapidité. Nous dûmes nous arrêter.

Il est à noter aussi que les douleurs ont été relativement faibles, si on se rapporte à ce qui s'observe dans les cas de ce genre, chez l'adulte. Je n'ai jamais trouvé non plus le moindre point sensible du côté de l'apophyte mastoïde, au début, alors que les cellules étaient complètement envahies.

En résumé, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une tumeur dont les caractères cliniques ne sont pas ceux des polypes ou des végétations polypeuses, il ne faut pas hésiter à ouvrir de suite une large voie derrière le pavillon. Cette opération n'est nullement grave par elle-même, et permet au chirurgien d'intervenir utilement avant l'envahissement de toute la région.

Le Secrétaire-général,

D^r^ ET. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

AIGRE, de Boulogne-sur-Mer.
AUBERT, d'Alger.
HAMON DU FOUGERAY, du Mans
JOAL, du Mont-Dore.
LICHTWITZ, de Bordeaux.
NOQUET, de Lille.
PERCEPIED, du Mont-Dore.
SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

ARTZROUNY, de Tiflis (Caucase).
BÉZOLD, de Munich.
BOMFIM, de Lisbonne.
BURKNER, de Gœttingen.
COLLADON, de Genève.
COZZOLINO, de Naples.
CRESSWELL-BABER, de Brighton.
GOTTSTEIN, de Breslau.
GRAZZI (Vittorio), de Florence.
GUYE, d'Amsterdam.
HARTMANN, de Berlin.
HERING, de Varsovie.
KOCH, de Luxembourg.
KURZ (Edgard), de Florence.
MOOS, d'Heidelberg.
POLITZER, de Vienne.
PRITCHARD (Urban), de Londres.
SCHMIDT (Maurice), de Francfort
SCHŒFFER, de Brême.
SCHNITZLER, de Vienne.
SUNE Y MOLIST, de Barcelone
TOBOLD, de Berlin.